

论内行经筋实质及经筋脏腑病诊疗思路

王明星¹,董宝强¹,林星星¹,富昱¹,张峰¹,王垒钊¹,张健²,姚成礼³

(1. 辽宁中医药大学,辽宁 沈阳 110847;2. 唐山市妇幼保健院,河北 唐山 064300;

3. 北京中医药大学东直门医院通州院区,北京 101100)

摘要:由于古代解剖学的局限性,《黄帝内经》在描述经筋在人体腔内的内行部分时显得较为简略,与对体表和四肢的外行经筋的详尽描述形成鲜明对比。这种差异导致了后世在经筋理论的发展和应用上,更多地关注了外行经筋,而内行经筋的重要性则被忽视。然而,现代医疗实践已经揭示了经筋与脏腑之间存在的紧密联系,这迫切要求构建一个全面的理论体系,以涵盖经筋的内外两个方面,从而更好地指导临床治疗。旨在深入探讨内行经筋的解剖学实质,阐明其与脏腑的直接联系,丰富经筋理论的内涵,并为经筋疗法在治疗脏腑疾病中的应用提供坚实的理论支持和创新的视角。

关键词:经筋理论;内行经筋;解剖实质;经筋脏腑病;诊疗思路

中图分类号:R245.2

文献标志码:A

文章编号:1673-7717(2025)12-0087-04

On Essence of Meridian Tendon and Diagnosis and Treatment of Zang - Fu Organs and Meridian Tendon Diseases

WANG Mingxing¹, DONG Baoqiang¹, LIN Xingxing¹, FU Yu¹, ZHANG Feng¹, WANG Leichao¹, ZHANG Jian², YAO Chengli³

(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China;

2. Tangshan Maternal and Child Health Care Hospital, Tangshan 064300, Hebei, China;

3. Tongzhou Branch of Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 101100, China)

Abstract: Due to the limitations of ancient anatomy, *Huangdi Neijing* is relatively brief in describing the internal part of the meridian tendons in the human body cavity, which is in sharp contrast to the detailed description of the lay meridian tendons on the body surface and limbs. This difference resulted in the later generations in the development and application of the theory of meridian tendons, more attention was paid to the internal meridian tendons, while the importance of the external meridian tendons was ignored. However, modern medical practice has revealed the close relationship between the meridian tendon and the Zang - Fu organs, which urgently requires us to construct a comprehensive theoretical system to cover both internal and external aspects of the meridian tendon, so as to better guide the clinical treatment. The purpose of this paper was to probe into the anatomical essence of meridian tendon, clarify its direct relationship with Zang - Fu organs, enrich the connotation of meridian tendon theory, and provide solid theoretical support and innovative perspective for the application of meridian tendon therapy in the treatment of Zang - Fu diseases.

Keywords: meridian tendon theory; internal meridian tendon; anatomical essence; meridian tendon and Zang - Fu organs disease; diagnosis and treatment ideas

基金项目:国家自然科学基金项目(81574050);辽宁省科技厅创新能力提升联合基金计划项目(2022 - NLTS - 13 - 04);辽宁省“兴辽英才”项目(XLYC1902115)

作者简介:王明星(1982 -),男,河北唐山人,副主任中医师,博士,研究方向:针灸推拿结合运动康复防治疾病的机理与临床。

通讯作者:董宝强(1969 -),男,辽宁本溪人,教授,博士研究生导师,博士,研究方向:针灸推拿结合运动康复防治疾病的机理与临床。E-mail: peterbaoqiang@163.com。

姚成礼(1968 -),男,安徽濉溪人,主任医师,硕士,研究方向:中西医结合治疗消化系统疾病。E-mail: yaochengli2008@qq.com。

经筋理论始于《灵枢·经筋》,该篇描述了十二经筋的循行、分布等内容,从十二经筋的循行分布上看,既有行于四肢、体表的外行经筋,又有行于颅腔、体腔内的内行经筋,即《类经·经络类·卷七》中所提到的“其内行者”。由于当时古人对解剖的认识不足,对经筋分布于体腔的记叙较为笼统,不如对外行经筋循行路线描述得详细。这也直接导致后世医家重视循行于体腔外的外行经筋而忽略走行于体腔内的内行经筋的现象,认为“十二经筋内行胸腹廓中,不入五脏六腑”,经筋不直接络属脏腑,不如经脉与脏腑联系紧密。长久以来经筋理论只应用于肌肉、骨骼系统疾病,然而随着临床实践的不断深化,一些医者发现经筋与脏腑疾病存在着紧密的联系,如冠心病^[1]、肾绞痛^[2]、肠易激综合征^[3]等功能性内脏疾病,并基于

经筋理论对相关疾病展开了探讨,但缺乏从整体层面对经筋内行部分的归纳、总结。治疗方面也只是聚焦于外行经筋卡压经筋影响脏腑功能,即经筋-经脉-脏腑的间接相关性^[4-5],没有揭示经筋-脏腑的直接相关性。现有经筋理论已无法满足临床诊疗需求。基于此,笔者提出了“内行经筋”的概念,旨在进一步丰富和完善经筋理论体系,以更有效地指导经筋脏腑病的诊断与治疗。

1 内行经筋解剖实质

《灵枢·经筋》对外行经筋循行路线详尽而具体的描述使得后世医家易于从中总结、归纳外行经筋的解剖实质,并据此指导临床治疗。而内行经筋的现代实质总结仍未见共识。沈峰等^[6]提出十二经筋内行部分由人体系、膜类结构组成。黄龙祥^[7]认为“肓膜”就是内脏的筋膜,包括包膜、膈膜、系膜、韧带等,属于经筋的一部分。林星星等^[8]认为筋膜的连续性能够体现经筋的生理功能,与经筋具有一致性。原林等^[9]认为经筋包括内脏器官被膜和内部间隔结缔组织。从经筋循行的描述中可知,外行经筋多为纵行直线与条带状结构彼此交织走行于四体表,内行经筋则广泛布散于体腔内,如足阳明经筋“聚于阴器,上腹而布”中的“布”和足太阳经筋“结于肋,散于胸中”中的“散”,手少阴经筋“结于胸中,循臂,下系于脐”中的“结”,内行经筋腔内循行特点为呈“面”状分布,有别于外行经筋的“线”状分布。

从组织学视角来看,人体腔内的脑脊膜、腹膜、胸膜、膈膜均属于固有结缔组织,在组织间质中存在由胶原纤维构成的网状支架,是细胞附着的力学基础,是机体力学传导的良好通路,以实现经筋“维结束络、繻纵卷舒”的生理功能。从胚胎学视角来看,腔内膜系结构均来自胚胎时期的间充质细胞,从脏壁中胚层发育而来^[10]。在胚胎发育的后期,间充质细胞首先分裂成纤维细胞,再由成纤维细胞分化生成弹性蛋白和胶原蛋白,细胞外的弹性、胶原蛋白又合成了网状纤维、胶原纤维和弹性纤维。匀质的液态间充质在3种纤维和其他功能细胞的共同作用下转化为固态的固有结缔组织^[9],为脏腑提供形态和结构上的坚实支撑,确保其功能正常发挥。

综上,内行经筋为筋膜的一部分,其解剖实质为:以脑脊膜、胸膜、腹膜、膈膜为主的腔内膜系结构。

2 内行经筋、外行经筋整体连续性

2.1 同名经筋内、外连续性 手太阳经筋“入腋下……下结于胸里,散贯贲,合胁下”。手少阴经筋“上入腋,挟乳里,结于胸中,循臂,下系于脐”。手厥阴经筋“其支者入腋,散胸中,结于臂”。《类经·经络类·卷七》曰:“臂字亦当作贲,盖心主,少阴之筋,皆于太阳合于贲而下行也”。《太素·经筋·卷十三》曰:“贲,谓膈也”。据此可知:手三阴经筋外行经筋起自指端,循臂内侧上行,均由腋下入胸中,转为内行经筋(胸膜),结聚于膈,向下与足阳明、足太阴、足少阴经筋(腹膜)联络。

足阳明经筋“聚于阴器,上腹而布,至缺盆而结”。足太阳经筋“聚于阴器,上腹结于脐,循腹里,结于肋,散于胸中。其内者著于脊”。足少阴经筋“并太阴之筋而上循股阴,结于阴

器,循脊内,挟脊”。足阳明、足太阴、足少阴经筋起自足趾端,循腿部上行,均结聚于阴器,自阴器入腹,转为内行经筋(腹膜),结聚于膈,向上与手三阴经筋(胸膜)联络。

足少阳经筋“上过右角,并跷脉而行”。《灵枢·脉度》云“跷脉者……属目内眦,合于太阳、阳跷而上行。”《灵枢·寒热病》:“足太阳有通项入于脑者……在项中两筋间,入脑乃别阳跷、阴跷”。足少阳经筋于巅顶并入跷脉,随跷脉及足太阳经筋于项部两筋间入脑^[14],转为内行经筋(脑脊膜),包裹脑及脊髓。

2.2 不同名经筋内、外连续性 除同名经筋的外行、内行部分直接相连外,不同名经筋的外行、内行经筋之间也有紧密的联系。《类经·经络类·卷七》曰:“其内行者……并阳明、少阴之筋而上著于脊”。足阳明、足太阴、足少阴内行经筋均附着于脊前。足太阳外行经筋“上挟脊上项”。足阳明、足太阴、足少阴内行经筋与足太阳外行经筋相交于脊前。腹膜包裹脏器并形成固定内脏器官的韧带和系膜,形成纵向的筋膜束附着于脊柱前方两侧的椎体,并向后与脊柱两旁肌肉的深筋膜相连,在胸腔则表现为纵膈胸膜向后嵌入脊椎,构成了内、外行经筋的前后纵向联系,笔者认为这种联系是“气街”理论的解剖学基础。

2.3 内行经筋“四关”及分布规律 外行经筋行经项,腋下,阴器进入颅腔、体腔,转为内行经筋。项,双侧腋下,阴器(盆底肌)为经筋由外向内转换的重要关卡,也是经筋能量汇聚的枢纽,构成了外行经筋与内行经筋的分界线。经筋“四关”与中医推拿的“八把半锁”理论不谋而合,其中颈项部与“青龙锁”相对应,腋下与“返魂锁”相对应,阴器(盆底肌)与“总锁”相对应。“八把半锁”疗法中的“解锁”与经筋疗法的“解结”有异曲同工之妙。通过经筋“四关”与青龙锁、返魂锁、总锁的对应关系,进一步证实了其在临床治疗中的深远意义。这种对应关系也从经筋理论的角度,阐释了“八把半锁”疗法的疗效机制。经筋的这4个关键区域,对于维持内外经筋的正常生理功能,具有不可或缺的作用。它们不仅是经筋流转的通道,也是调节和平衡身体机能的重要支点。

外行经筋通过“四关后”进入体腔后以膈肌为中心分布,大范围包裹、固定脏腑。在颅腔内以脑为中心向下延伸,包裹整条脊髓。外行经筋与内行经筋是有机联系的整体,二者相互影响,为内病外治提供了理论支持。

3 内行经筋与脏腑关系

3.1 直接联络脏腑 脏腑之间除了有血管、神经的联系外,还有系膜、韧带直接相连。如直接连接胃与结肠的胃结肠韧带,连接肝门与胃小弯的肝胃韧带,此外还有脾肾韧带、胃脾韧带等。这些韧带多由腹膜形成,其中常包含有重要的血管和神经,加强了脏腑之间的直接联系。如肝胃韧带裹挟着胃的冠状静脉和左右动脉,具有很强的舒张性。当肝的功能出现异常时,肝胃韧带“筋急”或“筋纵”,除了牵拉脏腑包膜影响脏腑位置之外,还会卡压、牵拉穿行其中的血管和神经从而影响胃正常的生理功能。据此,笔者推论肝胃韧带可能是肝气犯胃的解

剖结构基础。《素问·太阴阳明论篇》曰：“脾与胃以膜相连耳”，胃脾韧带为双层腹膜结构，连接胃大弯左侧部与脾门，包裹胃短血管和胃网膜左动、静脉，加强了胃脾的联系，保障了胃脾间气血的流通，与胃膈韧带、脾膈韧带一起构成了“脾升胃降”的解剖结构基础。由此可见，内行经筋在沟通、联络脏腑方面发挥了非常重要的作用，构成了脏腑间生理上相互联系，病理上相互影响的结构基础。

3.2 间接联络脏腑 内行经筋以膈膜为承上启下之中枢，脏腑通过包膜直接或间接与膈膜相连，通过力的传导相互影响，体现了内行经筋的连续性和整体性。丹波元简《医附录·膜原考》：“盖膈幕（膜）之系，附着脊之第七椎，即是膜原也”，认为膜原即为膈膜。薛立功认为膈膜属足太阴经筋^[15]。心包包裹心脏向下与膈膜相连，膈膜的运动可带动和牵拉心包；肺通过肺根下方的肺系膜垂直向下连接到膈；肝通过冠状韧带和左三角韧带与膈相连；脾通过脾肾韧带和脾膈韧带与膈连接；结肠和胃通过胃结肠韧带相连，胃又通过胃膈韧带直接连于膈，结肠通过胃间接连于膈；肾筋膜向上与膈下筋膜连续。由此可见，大部分脏腑都通过包膜与韧带直接或间接连于膈膜，膈膜上下运动辅助呼吸，与之相连的脏腑也随之运动，膈膜将内行经筋联系成整体，加强了脏腑间的联系。正是基于膈膜联络脏腑的重要性，马宁^[16]认为现代针灸学实际上已将带脉的结构中心从腹横膜转移到了膈膜。

4 内行经筋病的诊疗思路

“治在燔针劫刺，以知为数，以痛为输”为《灵枢·经筋》所述经筋病治疗之总则，笔者认为此治疗原则主要是针对外行经筋病，内行经筋深入体腔，无法“视而泻之”。因此，内行经筋病诊疗思路应有别于外行经筋病。

医者触诊是寻找患者结筋病灶点，施以“解结”法治疗经筋病的前提。内行经筋病病位深，结筋病灶点不易触及，且内行经筋病变多为“结筋病灶面”，触诊时患者的疼痛多呈弥散性区域分布，往往不局限于点，因此需要医者熟知解剖结构，根据临床症状判断大概病位范围。进行腹部触诊时嘱患者放松，手下力量逐层递进，最终可触及部分脏腑，细察手下感觉，寻找条索、结节状物或松软、凹陷等经筋异常变化，同时询问患者是否有疼痛、不适的感觉。胸腔及颅腔无法直接深入触诊，需在胸背部及头部表面触诊寻找结筋病灶点，根据内外经筋的整体联系性，由外治内。此外，较之外行经筋病，内行经筋病的诊断更需借助B超、CT、核磁等现代检查手段。

4.1 力至病所 古人很早就认识到推拿疗法对于治疗内行经筋筋急所致痛症具有很好的疗效。《素问·举痛论篇》云：“寒气客于肠胃之间，膜原之下……按之则气血散，故按之痛止”，“肠胃之间，膜原之下”即为肠胃之间，膈膜之下的内行经筋。《肘后备急方》记载的腹部抄举法在现代仍被用于治疗小儿肠系膜扭转，正如“使病患伏卧，一人跨上，两手抄举其腹，令病人自纵重轻举抄之，令去床三尺许，便放之”。《备急千金要方》记载了推拿与膏摩治疗内行经筋筋弛所致的子宫脱垂和脱肛的方法：“治妇人阴下脱若脱肛方……以火灸布暖以熨肛

上”。当代医家推动了内行经筋推拿疗法的进一步发展。臧福科^[17]将清代宫廷理筋术应用于治疗脏腑疾病，为振腹法的发展奠定了基础。振腹法是指在腹部进行震颤的手法，操作者可以根据腹部不同位置及病情选择掌振（腹）法、指振（腹）法。笔者认为内行经筋在腹腔以腹膜联系为整体，振腹法可以大面积松解腹膜，即使医者发力不直接作用于结筋病灶点，也可以通过力的传导、震荡间接作用于患处，起到“解结”的效果。董宝强等^[18]重视膈膜沟通三焦的作用，在腹部按摩中于患者左侧胸肋下方二横指处用指尖按压，达到一定深度后力量斜向上即可触及膈膜，按压膈膜可以缓解其痉挛、紧张，也可以增加膈膜的悬力，影响与其相连的脏腑包膜。因此，膈膜的按摩既可以治疗膈膜痉挛所致的呃逆，也可以治疗其悬力不足所致的胃下垂。

国外的颅椎推拿手法调理论认为颅骨在脑脊膜的牵拉下会有节律的移动，硬脑膜通过颅缝与外行经筋相连，采用手法调节颅椎椎位置及相关外行经筋，通过力的传导缓解脑脊膜异常张力，恢复脑脊液正常压力从而治疗中枢神经系统疾病^[19]。

纵观古今中外，推拿疗法通过力学传导作用于内行经筋以治疗脏腑及中枢神经系统疾病。内行经筋概念的提出，诠释了推拿疗法治疗内科疾病的作用机制，为其进一步发展提供了理论基础。

4.2 针至病所 直接针刺内行经筋的结筋病灶点以解结的刺法，黄龙祥^[7]将其总结为募刺法，既可刺挛急之内脏包膜，也可根据需要刺脏腑之募，由于操作难度高，具有一定的危险性，在临床应用并不广泛。近年来，随着广大医者对内行经筋重要性认识的不断加深和现代医学影像技术的不断进步，一些医者开始尝试在临床中采用针至病所的募刺法来治疗脏腑疾病。

肠系膜上动脉压迫综合征是以慢性或间歇性腹痛、恶心、呕吐为主要临床表现的疾病，主要病因是十二指肠水平部被肠系膜上动脉压迫引起梗阻^[20]。会导致肠系膜上动脉和腹主动脉之间的夹角过小而卡压十二指肠悬韧带太短或太高会导致肠系膜上动脉和腹主动脉之间的角度变小，使通过的十二指肠受到挤压^[21]。因此，笔者认为肠系膜上动脉压迫综合征当属内行经筋病范畴。目前，西医保守治疗主要为静脉补液、胃肠道减压等方法^[22]，手术治疗则主要选择十二指肠悬韧带松解术等术式^[23]。程凯等^[24]采用募刺法治疗肠系膜上动脉压迫综合征引起的小儿食入即吐的病症取得了理想的临床疗效，较之保守治疗和手术治疗具有见效快、费用低、患者痛苦小、易接受等优势。治疗时以长针从左侧直刺入腹腔至大肠壁，待针尖下有阻挡感时，轻微震颤，针尖下突然失去阻挡，针体顺势滑向深部，约2~2.5寸深，至十二指肠与小肠交界处，可直接刺激、松解十二指肠悬韧带，针至病所，缓解十二指肠受到的卡压。

国文豪等^[25]认为良性前列腺增生属于经筋病范畴，前列腺增生后腺体周围的经筋受牵拉产生高应力点，使维系前列腺正常生理位置和功能的经筋受损，其中有正中脐韧带、大网膜及耻骨膀胱韧带、腹壁后膜等。采用长针，在CT的辅助下从

膀胱募穴中极刺入,分层松解筋膜,最后至前列腺包膜,实现了可视化的“募刺迫脏”,缓解了前列腺周围过度紧张的筋膜,从而通利小便,缓解症状,并通过CT的引导,保证了募刺的精确性和安全性。

针至病所的内行经筋刺法虽然尚处于初级阶段,但其已展现出的显著疗效预示着其在临床应用中的巨大潜力,是经筋刺法未来的发展方向。

4.3 灸至病所 “经筋之病,寒则反折筋急”,内行经筋受寒后,痉挛、紧缩,气血瘀滞不得散,不通则痛。内行经筋的结筋病灶点往往位置较深,临近脏腑,针刺解结难度很高。“针所不为,灸之所宜”,《本草从新》曰:“艾叶苦辛,生温……能透诸经而除百病”,艾灸温经散寒、消瘀散结,其温热之力具有很强的渗透性,治疗时可“以痛为输”,于患者疼痛部位体表投影处行艾灸,使艾灸温热之力透至因感受寒邪而拘急疼痛的结筋病灶点处,达到“解结”的效果。《灵枢·经脉》曰“陷下则灸之”,艾灸升阳举陷同样可用于治疗因内行经筋弛所致的脏腑下陷,脱垂的内行经筋脏腑病。王志成等^[26]采用艾灸疗法治疗胃下垂患者,艾灸取气海、中脘等穴,中脘穴深层临近胃、十二指肠及其相关内行经筋,艾灸的热力渗透至胃、膈附近经筋,可以增强膈膜张力使胃下缘升高。王科等^[27]艾灸关元穴配合凯格氏锻炼治疗子宫脱垂,关元穴深层即为子宫,灸关元穴可以帮助子宫周围韧带恢复肌力。

艾灸温通气血,滋养内行经筋,恢复经筋之力,使其束脏腑的生理功能得以正常发挥。

5 结语

内行经筋脏腑病的诊疗与解剖学、生物力学及现代影像技术结合紧密,医者操作难度高。内行经筋扩大了经筋理论的应用范围,赋予其更多的现代科学内涵。经筋理论的内外并行具有重要的临床意义。

当前内行经筋的研究还处于初级阶段,具有广阔的发展空间,如何进一步从细胞水平、分子机制、血流动力学、生物力学等方面揭示内行经筋实质及功能,如何借助现代先进的影像技术发展“针至病所”的募刺技术,如何通过外行经筋与内行经筋的整体连续性指导以外治内的疗法,成为经筋理论发展亟待解决的问题。只有做到传承精华,守正创新,才能使传承于2000余年前的经筋理论在新时代焕发出勃勃生机。

参考文献

[1] 魏雪,董宝强,张文静,等.从经筋理论研究筋性类冠心病概况[J].湖南中医杂志,2018,34(8):203-206.

[2] 祝吟君,李光明,林星星,等.从经筋理论探讨筋性胃脘痛的治疗[J].亚太传统医药,2020,16(2):179-181.

[3] 富昱,董宝强,张文静.从经筋理论探讨肠易激综合症的发病机制[J].中华中医药杂志,2017,32(9):3955-3957.

[4] 杨晨,邢龙飞,秦丽娜.经筋理论应用于脏腑辨病初探[J].北京中医药,2019,38(12):1211-1212.

[5] 苏鑫童,刘琪,薛立功,等.论筋性脏腑病[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(11):1529,1538.

[6] 沈峰,余轅耕,舒劲松,等.试从“系”“膜”论十二经筋[J].中华中医药杂志,2021,36(2):775-777.

[7] 黄龙祥.筋病刺法的演变与经筋学说的兴衰[J].中国针灸,2023,43(8):855-867.

[8] 林星星,董宝强,王树东,等.基于筋膜的经筋基础研究:述评与展望[J].中国针灸,2023,43(11):1338-1342.

[9] 原林,王军,尚鸿生,等.筋膜学[M].北京:人民卫生出版社,2018.

[10] 李继承,曾园山,周莉,等.组织学与胚胎学[M].北京:人民卫生出版社,2018.

[11] 丁文龙,刘学政,孙晋浩,等.系统解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2018.

[12] 刘树伟,邢子英,田铎,等.腹部应用解剖学[M].北京:高等教育出版社,2006.

[13] MYERS THOMAS W.解剖列车徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M].北京:北京科学技术出版社,2016:32

[14] 刘文秀,马凯强,李博灵,等.“维筋相交”之我见[J].中国针灸,2018,38(3):261-262.

[15] 薛立功.中国经筋学[M].北京:中医古籍出版社,2009.

[16] 马宁.带脉结构的解剖还原[J].中国针灸,2020,40(10):1133-1135,1148.

[17] 吴凡,吕桃桃,耿楠,等.振腹法的历史渊源和临床应用研究[J].长春中医药大学学报,2023,39(3):349-354.

[18] 董宝强,张峰,富昱,等.论足太阴经络与三焦系统的关系[J].中华中医药学刊,2023,41(6):6-9.

[19] JOHN EUPEDGER. 颅骶椎手法调理论[M].西安:陕西科学技术出版社,2018.

[20] YAKAN S, CALISKAN C, KAPLAN H, et al. Superior mesenteric artery syndrome: a rare cause of intestinal obstruction. Diagnosis and surgical management [J]. Indian J Surg, 2013, 75 (2): 106-110.

[21] CATARINO SANTOS SARA, LOUREIRO ANA RITA, SIMO RO-SA, et al. Wilkie's syndrome: a case report of favourable minimally invasive surgery [J]. Journal of surgical case reports, 2018 (2): rjy027.

[22] SUNRAJ THARU, BISWARAJ THARU, MOHAMMED MAHGOUB, et al. Superior mesenteric artery syndrome: a classic presentation of a rare entity [J]. Cureus, 2020(8): e9990.

[23] AMIR ALI A A, HAMEED K, NAWAZ A, et al. Superior mesenteric artery syndrome [J]. J Coll Physicians Surg Pak, 2022, 32 (12): SS100-SS101.

[24] 程凯,秦卓,王婧,等.肠系膜上动脉压迫综合征案[J].中国针灸,2015,35(9):972.

[25] 国文豪,吕璞,李宝赢,等.基于经筋理论探讨针刺治疗良性前列腺增生的诊疗思路[J].中国针灸,2023,43(9):993-995.

[26] 王志成.艾灸治疗脾胃气虚型胃下垂30例[J].中国针灸,2006(12):895.

[27] 王科,王红娥.艾灸关元穴配合凯格氏锻炼治疗子宫脱垂14例[J].中国针灸,2005(11):2013-2015.